

消費者安全に関する検討委員会
製品ワーキンググループ
議 事 録

内閣府国民生活局

消費者安全に関する検討会 製品ワーキンググループ議事次第

日時：平成 21 年 2 月 25 日（水）13:02～15:05

場所：内閣府本府 5 階特別会議室

議事次第

- 1 開 会
- 2 有識者からのヒアリング
子ども、高齢者の製品事故について
- 3 内外の製品安全法制を巡る動向
- 4 論点整理
- 5 閉 会

古田主査 それでは、ただいまより消費者安全に関する検討委員会の製品ワーキンググループ（第2回）を開催したいと思います。

皆様におかれましては、大変御多忙の中、御出席いただきましてどうもありがとうございます。

本日は、3つ議題を用意しております。第1に、子ども、高齢者の製品事故に関しまして有識者の方からヒアリングを行なうということ。それから第2は、内外の製品安全法制を巡る動向につきまして事務局の方から御報告いただくということで、最後に、本ワーキンググループの論点整理に向けた御議論をいただきたいと考えております。

それでは、第1の議題としまして、子ども、高齢者の製品事故に関して、有識者の方からヒアリングを行いたいと思います。まず、子どもの製品事故につきまして、緑園こどもクリニックの山中院長様からお話を伺いたいと思います。では、よろしくお願ひします。

山中氏（緑園こどもクリニック院長・産業技術総合研究所子どもの傷害予防工学カウンスル代表） 小児科医の山中と申します。今日はパワーポイントでお話しできるとしたら、その設備がないということで、今、プリントしていただいています資料を後で御覧になっていただきたいのですが、簡単にスライドに沿ってお話をさせていただきたいと思ひます。

今日は、子どもと高齢者ということですが、私は小児科医なので毎日、子どもたちの診療を行なっています。ほとんどは風邪なのですが、ときどきはけがも診るわけです。我々医療関係者は人々の健康問題に関わっている職種ですので、やはり一番困るのは「死亡」ですね。これは毎年、人口動態統計のデータでわかります。子どもの事故に関しましては、皆様方は御存知かどうかわかりませんが、1960年、今から約半世紀前から、ゼロ歳の赤ちゃんは先天的な異常で亡くなるために死因の第4位が不慮の事故ですが、1歳を過ぎると、20歳ぐらいまでは毎年、不慮の事故が死因の第1位になっています。ですから、子どものいろいろな健康問題の中で、事故の問題が一番重要性が高いはずなんですけれども、ほとんど取り組まれていない。悪性腫瘍（がん）は、今、国を挙げて何千億もかけて研究していますが、それが死因の第1位になったのは1980年です。子どもの事故の統計を見ようとしても、死亡統計しか得られないんです。事故のために入院した子どもはというと何万ですし、病院にかかったというと何百万のはずですので、これは全く把握できていない。

兵庫県で、3歳児健診の場を利用して、生まれてから3年間の間に医療機関を受診した事故はと聞いてみますと、例えば落ちたというのは1,000人当たり223、転んだが129。やけどした、誤飲をした、ぶつかった、挟まれた、溺れた、交通事故、これを全部合わせますと、1,000人当たり延べ791.10人のうち7~8人の子どもは生まれてから3年間の間に事故に遭って医療機関を受診しています。ですから、欧米では、子どもの健康を脅かす最大の敵は事故であると言っていますが、我が国では医者自身もそうは考えていない。子どもの健康問題として事故への取組みは非常に遅れていると言いましたが、では欧米が進んでいるかということ、そういうわけではありません。欧米では、今から二十数年前から、

事故の問題を、「たまたま運悪く」ではなくて、「健康問題」として扱うようになりまし
た。一言で言いますと、Accidentという言葉から Injuryという言葉に考え方を変えまし
た。Accidentという英語には「予測できない、避けられない」という意味があるそうで、
最近では Injury、「予測でき、予防可能である」というように考え方を大きく変えたわけ
です。我が国では、まだ「運悪く」などという形容詞がつかますので「運」と考えている
ようですが、運と考えていたのでは、唯一できることはお祈りぐらいしかありません。と
もかく、予測ができ、予防可能であると考え方を必要があります。医学系の雑誌、
例えば British Medical Journal という医学雑誌は「Accident」という言葉の使用を禁止
しております。

事故の問題を考えると、いろいろなことを言うことができますが、物事は分けて考え
る必要がある。事故は「事故が起こる前」と、「起こったとき」と、「起こった後」に分
けて考えなければいけません。医療機関では起こったときから起こった後を担当していま
すが、起こる前のことについてはほとんど誰も取り組んでいないですね。現在、唯一行わ
れているのは、子どもの事故であれば「親の責任」、「親の不注意」と言っているわけ
です。そして「気をつけてください」、「24時間決して目を離さないでください」と言われ
ていますが、そんなことで予防できるわけがありません。

子ども、老人について今日取り上げてくださっていますが、子どもは事故に遭いやすい、
老人も事故に遭いやすい。なぜか一言で言うと、子どもは発達するからです。発達しな
ければ事故にはならない。昨日できなかったことが今日できるようになるから事故になる。
まさかと思ってソファに寝かせておくと、寝返りをして落ちて我々の医療機関にやって来
るわけですね。老人も事故に遭いやすい。これは一言で言うと退行するからです。昨日で
きたことが今日できなくなるからです。昨日までなら足が上がった段差も、足が上がらな
くてひっかかって、階段から落ちて大腿骨の骨頭骨折を起こし、入院して肺炎で死亡する、
こういうストーリーになっているわけです。世の中の構造は健康成人向けにできています
ので、機能が未熟である子ども、機能が衰えていく老人は当然事故に遭いやすいとい
うことです。WHO（世界保健機関）は、人々の健康問題として、20世紀は感染症の時代であ
ったけれども、21世紀は事故の問題が非常に大きいと考え、2000年には事故の予防部門を
つくっております。子どもたちの事故に関しては、つい最近、2008年12月に「世界白書」
を出しております。大多数の事故は予防でき、人々の健康問題として非常に大きい位置を
占めていると言っております。WHOから招請依頼をわが国に出しても、わが国には担当
部署がないということで、ただの一度も事故関係の会議に出席したことがないと聞きました。

今回は製品についてということですので、例えばアイロンによるやけど、これは製品に
よる事故としていい例だと思いますので御紹介したいと思います。やけどは比較的重症度
が高い事故の1つです。成育医療センターと私のクリニックで集めた資料を見ますと、例
えば6,000件、7,000件ぐらい事故の情報を集めると、アイロンは41件と出ます。物に関し

て事故を起こしやすい製品のリストを見ると、その1つであることがわかります。そして、年齢層を見ると、ゼロ歳は何%、1歳は何%とか、起こった時間を見ると、お昼頃とか夜とか、こういうデータがすぐ出るわけです。場所は家庭で多い、家庭の中では居間が多い、それから、アイロンによる事故はやけどが圧倒的に多いけれども、中には上から落ちてきてぶつかったなどというのもあります。これからアイロンについてどうやってやけどを予防するかということになりますけれども、それには情報を分析しなければいけないわけです。

アイロンをかけている最中に触って、あるいは、かけ終わった後で置いているときに起きているとか、高いところに置いていて落ちてとか、これぐらいがわかる程度で、はっきりとした予防法はわかりません。

私のクリニックに来た例を見てみましょう。一例は1歳11カ月の女の子で、午後1時頃、自宅の居間でアイロンに触ってやけどした。やけどは1度、水腫れができ、氷水で冷やした。もう一例は月齢5カ月15日でずいぶん小さいですね。午前7時45分頃、やはり自宅の居間でアイロンに触ってやけどした。これが現在医療機関で集められているデータです。これで予防方法を考えようと思っても、幾ら頭をひねって考えても、目を離さない、親がついている、アイロンにカバーをする、アイロンをかける時間を子どもが寝ているときだけにする、アイロンを使わない、これぐらいしか考えられないのではないかと思います。

失敗学を提唱していらっしゃる畑村先生はよく、「幾ら情報を集めても予防にはつながらない」とおっしゃっています。それでは困るので、このケースについて私の方で詳しい情報を聞いてみました。1歳11カ月の例では、お母さんは台所にいて、泣いたので居間に行ってみると、アイロンに触れてやけどしていた。アイロンは階段下の収納に入っていたけれども、子どもがアイロンを取り出してきて、居間に持ってきて自分でコンセントを入れて温めて、それでやけどしたというんです。5カ月の例、これは小さ過ぎます。普通はまだ動かない時期ですが、よく聞いてみると、お母さんはお兄ちゃんの幼稚園の準備をして居間にはいなかった。この子はまだ5カ月ですが、もう寝返りをして転がって移動できる。背這いもできる、腹這いの状態では回転もできる。急に泣き声が出たので行ってみるとアイロンに触っていた。お母さんは、アイロンを使ったのは30分以上前で、もう冷めていると思って床の上に置いていたとのこと。ここで初めて少し予防が考えられるようになるわけですね。子どもの行動について検討すると、アイロンは納戸の上の方に置くとか、納戸が開かないようにする。人々はよく「子どもの手の届かないところ」と言いますが、きちんとしたデータをとると、低いテーブルだと1歳代の子でも40センチぐらいのところに手が届くのです。70センチの高さの食卓だと、1歳代の子でも例えば20センチぐらいのところまで手が届く。このデータを見ると、子どもの手が届かないところは家庭内にはほとんどないということがよくわかると思います。

それから、アイロンについて検討すると、熱いかどうかは目で見てもよくわからないの

で、アイロンの使用後の温度変化について調べて、何分間は熱いですよという警告をするとか、アイロンの表面に液晶でも貼って、50度以上熱くなったら赤くなるようにして警告するとか、子どもが勝手にスイッチを入れないように2カ所にするとか、これは同時に使いにくいことになるかもしれませんが、コンセントカバーとか、あるいは熱くならないアイロンとか、いろいろなことが考えられると思います。

これは、つい最近報告された国民生活センターのデータですが、アイロンの温度変化をはかりますと、御覧になりますように、スイッチを入れ数十秒でかなりの高さ、セッシン70度にもなります。次のグラフは今回の2番目のケースのことをよく示していると思います。70度の温度はアイロンを切っても30~40分ぐらい続いていますし、やけどしない温度の45度まではほとんど1時間以上かかっているということです。こういうデータなら、当然やけどするでしょう。ですから、お母さんに「気をつけてください」と言うのではなく、これは製品の問題だと思っています。これは去年の暮れに報告されていますが、IHを利用して熱くならないアイロンというものも開発されているわけですので、製品の改善を優先しないとだめだと思っています。これを考える基礎データとして、私のような医療機関がきちんとした情報を取る必要があると思います。

もう一例、これも私のクリニックに来た例ですが、朝9時15分頃、お母さんは台所で洗いものをしており、急に泣き声があったので和室に行ってみると、乳児用のベッドの中で寝ていたはずの子どもが畳の上に倒れて泣いていた。吐いたりしなかったが、心配になってお昼頃に私のクリニックにやって来たわけです。どこを打ったか、もちろん見ていないからわかりません。額に青あざがあるような、ないようなぐらいで、何も所見はないし元気なので、普通は「よかったね」、「さようなら」です。こんな事故は、私のクリニックに来ているぐらいですから、日本じゅうで一日に100件も200件も同じことが起こっているわけです。なぜ子どもが落ちたかですが、「はい、さようなら」と言っていては製品の改善に結びつかない。私のところでは、きちんとお母さんにその発生状況を聞いています。子どもは伝い歩きができる状態。身長は73センチ。発見したときに、ベッドの柵は外れていなかった。ベッドから落ちるためには絶対何か足がかりになるようなものがあるはずだと聞いてみたが、お母さんは、薄い布団以外は何もないと。虐待でもなさそうでした。

それではということで、私が行ったのではないのですが、事故予防に興味のある方にお子さんの自宅に行ってもらいました。このお家は子どもの事故には十二分に気をつけていて、ほとんど下には何もありません。寝ていたベッドを計測してみると、ベッドの下から上までは85センチ。ベッドのお布団から真ん中に柵があるところまでは11.5センチ。その柵から上までは35センチです。ここの柵に足をかければ、73センチの子どもだったら当然転落しますよね。実際にその場に行って子どもを立たせると、足をかけて転落しそうになるわけですね。これは製品が悪いわけです。このようなデータを知識化、すなわち一つ一つの情報を細かく取って検討していかないと事故の予防にはつながらないと思います。医療機関という所は情報が聞きやすい。それから重症度が高い事故が、嫌でも来る所

です。自宅での事故を報告してください、すなわちヒヤリ・ハットまで取り上げると切りがないけど、医療機関の場合は重症度が高い事故が自発的に来るわけですから、情報収集の場としては非常にいい。欧米ではほとんど医療機関の救急室を傷害情報収集の定点にしているわけです。

子どもの事故予防を考えると、我々小児科医は子どもの発達も、子どものけがもよく知っています。メーカーは製品の構造や機能もよく知っているかもしれない。しかし、誰も環境の中に置かれた子どもの行動を知らない。子どもの行動理解の情報がないと事故予防はうまくいかないだろうと思っています。我々医療機関にいる者も、事故が起きれば「気をつけてください」と言ってきたのですが、言うだけでは何も予防にはつながっていない。しかし、予防の回答は我々の目の前にあるのです。数年前、どうやって事故の情報を集めたらいいかが私もやっとわかりました。それ以前は、事故の情報を沢山集めて頭をひねっても1%ぐらいしか予防方法がわからなかったのですが、今は数百例分析すれば、80%ぐらいは、どのように予防すればいいか、とりわけ製品はどのように改善したらいいかを私は指摘することができると思っています。あとの20%はどこかで転んだなどの事故で、転ぶことまで予防はできないので、それを除きますと、80%はできると私は今考えております。

そういうことで、これは失敗学を提唱していらっしゃる畑村先生がおっしゃっていますが、現場に行かなければわからないし、現物を見て、現地にいる人に聞かなければわからないと。ともかく、医療機関に来ているけが・事故の情報は貴重な国民の財産であり、極端に言えば人類の財産であって、そのデータが予防の出発点であるということで、我々医療機関の役割は非常に大きいと思っています。

最後に、ちょっとわかりにくい図が入っていますが、今日はC I P E Cのリーフレットをお渡ししました。私は、今から23年前にプールの排水口に挟まれて死んだ子どもを看取ったときから子どもの事故予防に取り組んできました。しかし小児科医だけでやっていましたが、全く進歩がなく、予防は手も足も出なかったんですけれども、約5年前に工学系の人たちと一緒に研究をするようになって、今ではある程度、事故予防の取り組みがわかるようになりました。医療機関などできちんと事故の情報を集め、そして子どもの行動観察をしているいろいろな日常的なデータを集め、それを評価しながら、製品の改善をする。一方、行動変容といいますか、人々の行動をどうやって変えていったらいいかということも研究する。今回、もし消費者庁ができて情報が膨大に集まり始めても、その情報をどうやって分析して、それをどう生かすかということは非常に難しいと思いますし、最終的には研究機関と研究者が必要だろうと私は思っております。

今日、皆様方が期待していらっしゃるのとちょっとズレているのかもしれませんが、私がやってきたことを中心にお話ししました。あと、レジュメもお配りしましたが、このレジュメも総論的なので、製品関係の検討の参考にはならないかもしれませんが、私からのお話とさせていただきます。どうもありがとうございました。

古田主査 どうもありがとうございます。

それでは、お2人の先生方にお話しただいてから質疑ということにさせていただきたいと思います。続きまして、高齢者の製品事故に関して、東京都老人総合研究所の鈴木副所長様からお話を伺いたいと思います。よろしく願いいたします。

鈴木氏（東京都老人総合研究所副所長） ただいま御紹介がございました東京都老人総合研究所の鈴木でございます。電車が人身事故で止まってしまいまして、遅れまして申しわけございません。

今日、私に与えられましたのは高齢者の製品事故についてということですので、お話をさせていただきます。

今、山中先生の方から子どもさんたちの事故、特に製品に着目したことで御紹介がございましたけれども、私どもも高齢者の事故には非常に多大な関心を払っております。ただ、この場は消費者の安全に関するという委員会でございますけれども、私ども高齢者の事故、特に転倒とか溺死・溺水、それから窒息というのが高齢者の3大事故要因でございますが、これについては、何か事故を起こしやすい商品であるとかという視点では正直言って余り見ておりません。それは、先ほど山中先生がおっしゃられたように、子どもの発育・発達の過程で、知らないものに対して、未知なものに対して誤ったアクセスとか行動をするために起きてしまう事故、これはやはりある程度商品の側から改善しなければいけない問題ですが、高齢者の場合は、認知症の方を除きますと、皆さん、大体身の回りにあって、こういうものがどういう意味を持っているかということをよく理解されているわけでありませ

す。しかし、にもかかわらず、いろいろな事故が起きてくるというのは、これは言ってみれば、山中先生は先ほど退化とか退縮というおっしゃり方をしましたけれども、確かに心身の機能の減衰が基本になっております。ですから、商品そのものが原因である場合もなくはないと思われませけれども、多くの場合は、事故を起こす本人、即ち高齢者の側の心身の機能の低下がある意味では第一義になっております。例えば、高齢者にとって最も多い事故の1つは転倒でございます。なぜ転倒が起きるのか。それから、どういう人に転倒が起きるのか。どこで転倒が起きるのか。これはかなりよくわかっております。後で去年のセーフコミュニティの国際学会で発表したのをそのままコピーして持ってきてしまったものですから英文ですけれども、転倒がどんなときに誰に起きているかというのが詳しく書いてありますので御参考までにですが、一言で言いますと、例えばここにおられる方はまず間違っても転倒は起こしません。日常、家庭の中で転倒するということは起こしません。しかし、たぶん御存じだと思いますけれども、高齢者の方は自分の家に30年も40年も住んで、どこが危険で、どこに出っ張りがあって、どこが危ないということはわかっているはずなのに転倒してしまう。転んでしまう。これは子どもと明らかに違うところです。子どもは、危険な箇所を危険というふうに認知していないために起きてくるものだと思いますが、高齢者の場合は、どこが段差になっていて、つまりいて危ないということは皆さん大

体御存じですね。にもかかわらず転んでしまうというのは、実は、自分の体は老化していないと思っているんですね。そこが最大のポイントです。自分は昨日までこの家で安全に暮してきた。1センチの段差も何の問題もなくクリアランスしてきた。だから、今日も大丈夫だろうと思っているわけです。しかし、全然知らず知らずのうちに、例えば1センチの段差をクリアするための筋力、具体的に言うと、ふくらはぎのところの筋肉などがメインになりますけれども、そういったところの筋力が弱ってしまうために、かかとがまず上がらない。かかとが上がらないから、本来、歩行というのはスウィングで振り子のように進んでいくものですが、こちら側のかかとの上りが悪いために、こちら側の振り子の片方の点であるつま先の上りが知らず知らずのうちに落ちている。落ちているから、ここに1センチの段差があるなんていうのは30年も知っていながら、そこでつまずいてしまうというのが実は高齢者の事故の1つの代表的パターンです。

ですから、そういう意味では、バリアフリーとよく言われておりますから、そういう段差をなくしてしまえという考え方なんでしょうけれども、これも本当にそんなことだけでいいのかという基本的な疑問が実はあります。すべてバリアフリーにして、全くのっぺらぼうなところで暮してねと言って、本当に自分の楽しい人生が過ごせるかどうかということもやはり考えなくてははいけない。私は、バリアフリーも大事だけれども、もっと大事なのは、衰えたふくらはぎの筋力をもう一回鍛えて、かかとがよく上がるようにして、つま先が上がるようにした方が、本人のいわゆるクオリティ・オブ・ライフにはいいのではないかというふうにも思っておりますけれども、それはともかくとしても、高齢者の事故というのは、そういう意味で、かなり危険性は認知しているけれども、体がついていかない。

例えば、入浴事故もそうです。若いときから熱い湯にザブンと飛び込んできて、何といってもこれが一番の湯だと思っておられる。今までずっと何十年もそういう生活習慣を持っていて、一度も胸が苦しくなったこともないし、それから気を失ったこともないし、まして溺れたこともない。でも、その方が、ある日突然入って、ザブンと入りますから、極端なことを言いますと寒い部屋から熱い湯に入ってしまうと、いわゆる循環器系をコントロールしている神経の働きが鈍くなってしまっているために、それに対応できなくなって心臓があわてふためいてしまう。そのまま意識がスーッと失われてしまって、溺れて死んでしまうということになります。

それから、やはり窒息もそうです。お餅というものをよく詰まらせて高齢者はお亡くなりになる方がおられます。皆さん、決してそういうことはないはずですが、何ゆえにそれが起きるのか。これは、ものを噛む力がなくなったからです。ものを噛む力がなくなると、同時に嚥下、あるいは飲み込む力、咀嚼をする力と嚥下をする力というのはほとんど平行に老化していきます。噛む力が弱いと、いつまでも口の中でクチャクチャやっている。なかなか噛み切れないからエイッと飲むのですが、そのときに、本来飲み込んだ食物塊は食道を経て胃の方にいかなければいけないのに、食道と気道との間には、その開け閉めをしているふたがあるのですが、その開け閉めをするふたが、反射力や筋力が弱って

ましっているために、一瞬遅く気道の方を閉めて食道を開けるということをしなくなる。そのために気道が開きっ放しになったところへお餅が入っていつてしまう。皆さんにおいては決して起きないことです。しかし、年をとると誰にでも起きることなんです。そうなれば、これは口の回りと舌の筋肉を強くするしかございません。あるいは、お餅を小さく切って、なるべく食べやすくする。最悪の場合は、万が一詰まってもいいように隣に掃除機を置いて食べるという味気のない生活になってしまいます。ですから、そういう意味では、高齢者の事故というのは、たぶん子どもの事故と違って、商品そのものに何か大きな欠陥や工夫が足りないということよりも、むしろやはり加齢に伴って起きてくる部分が多いのかなということはあるかと思えます。

もう1つ大事なことは、高齢社会の中で、実はそういう事故による死亡が急速に増加してきております。私どもが高齢者の事故を非常に重視しているという点はそういうことです。今日、皆様のお手元にお配りしました、老年学会雑誌という医学会雑誌なんですけれども、その右下にグラフが書いてあります。「Gompertz 曲線と他の死亡パターン」というふうに書いていますが、これは簡単に言うと、一番上の Gompertz の曲線というのは、生物は加齢とともに必ずいつか何かで死んでしまいますので、今、明治元年の人は一人も生きていない。それは、人間には限界の寿命があって、いつかは全員亡くなりますので総死亡率は 100% になります。もしこの世の中で生活習慣病というものが完全に予防されていたら、がんとか、心臓病とか、脳卒中が完全に予防されていたら、それぞれの病気の死亡のパターンというのは(1)の平行パターンになっていくということがわかっています。それから、もし生活習慣病が全く予防されないとする、好き放題たばこを吸いたい人はどんどん吸っている、誰も健康のことも考えない、そういう世界に人間が生活していきますと、それぞれのがん、脳卒中、心臓病といった病気の死亡率のパターンは(2)の開離型というパターンを描きます。これは、その病気でどんどん死んでいくのですが、その病気である人は死に絶えてしまいます。その病気になりやすい生活習慣を持った人は全員死に絶えてしまいますから、それ以降は、その病気に生き残る人だけが生きていきますので、その病気の死亡率は逆に下がっていくということになります。これがそういうパターンです。

この(1)と(2)のパターンというのは、実は本当にこんなことが起きるのかといいますと、起きます。これは後ろの方に本当のグラフがちゃんと付けてありますが、1950年(昭和25年)のときは、この生活習慣病は全て(2)のパターンでした。全部開離しております。後ろに詳しいことが書いてありますが、ところが、今は、全ての生活習慣病は実は平行パターンになってきております。2003年のデータを付けてございますが。ということとは、正直言うと、疾病の予防は死亡率で見る限り、完全に予防対策ができていくということです。では、なぜメタボ検診をやるのかというと、これはまた別な理由なんですけれども、いずれにしても、死亡率で見る限りは間違いありません。

問題は、そのグラフの(3)です。急峻型の死亡率をとるものがあります。これが事

故のパターンです。若いときには、転倒で頭を打って亡くなる方というのが稀にありますが、それほど普通のことではありません。しかし、先ほど申しましたように、高齢期になりますと、転倒ですとか、あるいは入浴の事故ですとか、それから窒息、こういった日本人特有の、特に窒息と溺死は日本人特有の高齢期の死亡率が非常に高い事故パターンでございます。転倒は欧米でも多うございます。そういったような死亡事故というのは、ここに書かれているように、年をとってから急速に上がってきております。このパターンは今非常に強く出てきております。ですから、そういう意味で、高齢期の健康を考える。高齢者が地域の中で、家庭の中で安心して暮していく。事故によって死なない。そういう世界を築いていくというためには、そういった事故パターンをいかにして抑えていくか。あるいは、事故による死亡をいかにして抑制していくかということに非常に大きな問題点がございます。

例えば、商品の側でこういった取組みをなさっておられる企業もございます。1つの例として企業名を言ってもよろしいですか。例えば東京ガスさんという会社がございすけれども、そこがミストサウナというものを販売しております。これは既存の今の御自宅にも使えるタイプのものも出されておりますけれども、ミストサウナというのは浴槽をえません。日本というのは浴槽は非常に深いタイプですが、欧米の浴槽というのは、よく映画に出るように非常に浅いですから、それだけ1つ見ても、溺死・溺水のしづらいパターンになってはいますが、一番いいのは、やはり冷たいところから熱い湯にドボンと入らないことが循環器系のそういった突然の不整を起こさない最大の対応策でございます。そういったことも踏まえて、東京ガスさんはミストサウナというものを高齢者の事故予防の視点も踏まえてつくってあります。それは、名前のとおり、言ってみれば、本当に日本のお風呂ではなくて、天井に組み入れられた温風装置によってまず浴室を温める。それから、一緒に脱衣場、更衣室も温めてしまう。その後、温まった浴室を今度は温かいミストで持って潤していく。これはサウナですので入浴効果と全く同じ、あるいはもっとそれ以上に快適な感覚が得られます。別に製品の紹介をしているわけではありません。それは、全部データも取られておまして、入浴で普通に行なったときに、首まで浸かったときに起きる血圧変動と、それからミストサウナでの血圧や脈拍数の変動も全部出ておりますけれども、ミストサウナではまず事故は起きないだろうというふうに思われます。

ですから、そういったように、高齢者の事故に対しても、商品の安全性という視点から少しずつ取組みをされている部分もあるのですけれども、やはり一番大事なことは、御本人に加齢に伴って心身の機能が減弱していくということ、それから、たとえ慣れ親しんだ家庭の中であっても、転倒や入浴事故、あるいはふだんの食事の中で、先ほどはお餅を例に出しましたが、一番多いのはたぶん食パンだろうと思います。そういったようなことが頻繁に起きてくるということをややはり気づいていただく。そして、私どもが目指している解決の方法というのは、製品ということではなく、むしろ高齢者御自身に、そういったことに気づいていただく。気づいていただいた上で、そして御納得いただいた上で、転倒し

ない体をつくっていく。あるいは、嚥下のときに間違いのないような咀嚼機能や嚥下機能を強化していく。これもちゃんと医学的に、転倒の予防をするためにはどの筋肉をどのくらい鍛えて、どういう強さにすればいいのかということもある程度わかってきております。科学的な根拠をもってわかってきております。それから、嚥下が弱くなったときに何をすればいいのかということも老年医学の中ではかなりよくわかってきております。あるいは、老年歯科医学の中でもよくわかってきております。

そういったように、私どもの対策というのは、むしろ製品というよりは、個人個人に対応していくということが重要視されて、これは今、国・厚生労働省が中心になって進めている一種の介護予防の原点でもあります。いわゆる要介護の状態になる。事故によって障害をもって、要介護の状態になることを防ぐという意味での介護予防ですけれども、その1つの連動した取組みということになるかと思えます。

実際にどんなふうにして転倒を予防するのか、本当に転倒が予防できるのかという詳しいデータは、今日、皆様のお手元にお配りしました、英文で書いていますけれども、そういったことです。今の英文で書かれたものの6ページをおあげいただきますと、その上に図が出ております。これは、73歳以上の地域に住んでおられる女性の方をターゲットにした半年の転倒予防と、それから1年間、家庭で継続してやっていただいた転倒予防のための取組みが、本当に転倒を予防するかどうかという無作為割付による比較介入試験という科学的エビデンスを得るために、一番レベルの高いやり方でやったものです。これをみますと、そういう転倒予防のことをきちんとやった方は、カラーではブルーになっていますが、その方々の転倒率は増えていません。しかし、73歳以上の女性というのは、全国の調査によりますと、1年間に25%ぐらいの方々が最低でも1回転びます。確かに、このデータを見ていきますと、累積転倒率を見ますと、何もしない方は翌年40%、次の年54%。これは累積ですが、そういうふうに転倒が増えていきます。最終的には、1年とか2年たつてきますと、体づくりをしたグループとしないグループの間に転倒の発生に大きな差が出てまいります。

こういうふうにして、どういうふうになれば転倒が防げるかということがかなりわかっています。ちなみに、転倒で申しますと、高齢者は10回転倒したうち、1回は骨折です。骨折10例のうち、1例は足のつけ根の骨折をいたします。これは非常に悲惨な骨折になります。どうしても入院しなければいけない、手術をしなければいけない、リハビリをしなければいけない。最低でも1カ月かかります。1人当たりざっと200万の治療費がかかります。今、年間で14~15万件、この骨折が発生しております。そうしますと、それだけで3,000~4,000億のお金が吹っ飛んでいることになります。これは全部医療費になります。まして、その方がそのために要介護5、寝たきりになります。そうしますと、御存じのように、参酌金額で月々40万という金額がかかってまいります。ですから、これを食い止めるためには、商品でバリアフリーということもあるのですけれども、本人一人一人が自覚していただくしか今のところ対応が、まず自覚していただくことが最初だろうということ

です。

時間ですが、最後に1つだけ。今、日本でこういった高齢者の事故を予防しようと、いろいろな予防の対策があると思います。私が申し上げたように、あるいは私どもが今やっておりますような、個人個人をターゲットにして事故を予防していくというアプローチもあるでしょう。それから、今回のこの委員会でお考えになっておられる商品や住まいにおける、あるいは地域における安全性をターゲットとしたアプローチもあるだろうと思います。しかし、一番大事なのは、先ほど山中先生の御報告の中にもございましたが、誰が一体どこでどのような事故を起こし、その結果どうなったかということの一連の事故情報というものがこの国は非常にないんです。この国はすばらしい国だと思っています。1つの区役所、市役所さんの中にも、生活の安全に対する、事故の予防に対するセクションがたくさんあるのですが、そこが全く連携されていないというのが現状でございます。

例えば、高齢者が餅を詰まらせます。救急車を呼びます。救急車がきます。病院に搬送します。そのときは一生懸命手当てをします。病院に行って、その時点では生きているか死んでいるかもわからない。けれども、早く病院に入れようと。入れました。病院でどういう治療がなされて、結果、生きているのか死んでいるのかというデータが実はつながっていない。というのは、救急車は救急車で事故のデータはものすごくたくさんあります。非常に詳しくあります。何時何分に誰がどこそこで。それで、何時何分に何々病院に運んだというところまでのデータは完璧なデータがございます。ところが、その方が運ばれて1週間後に生きて帰ったのか、死んで帰らなかったのか、そこがわからないんです。

ですから、そういうことも含めて、今、WHOではセーフコミュニティ、セーフプロモーションというのを世界じゅうに展開して、遅まきながら日本でもその気運がようやく今高まってまいりました。御存じの方もおられると思いますけれども、セーフコミュニティの認証をとった都市が日本でようやく去年、1都市生まれました。京都府亀岡市です。今、それに続いて十和田市や厚木市が2番目、3番目をWHOから認証を取ろうとしています。その認証を取るときに一番の問題は、きちんとしたサーベイランスがちゃんとできているかどうかということです。

そしてもう1つは、それに対して、役所の側で、行政の側でちゃんと一本化した情報源を持つ。そして、独自の予算を持ち、独自の人員配置をしているかどうかということが認証の1つの基準になっています。こういうことが少しずつですが、日本でも今取組みが始まったということは、私は大変に喜ばしいことだと思っております。

以上、商品という視点ではないのですが、高齢者の事故がどのくらい増えてきているのか、どういう特徴を持っているのか、どういうアプローチがあるのかというようなことについて簡単に御説明させていただきました。以上でございます。

古田主査 どうもありがとうございました。それでは、ただいまの2名の先生方のお話に関しまして、何か御質問、御意見ございますでしょうか。自由にお願ひしたいと思ひます。

東委員 両先生には、御説明をいただきましてありがとうございます。非常によくいろいろな状況が把握できまして、ありがたく思っております。それぞれの先生に御質問を1つずつさせていただきたいのですが、まず最初に山中先生にお伺いしたいのですが、先生の方でこういった子どもの事故情報のデータをいろいろと管理をされて、そして、その蓄積によってかなりの製品を通じた予防とかということについても一定の対応の可能性というのが見えてきているというようなお話だったかと思うのですが、こういった子どもの事故に対する情報の収集とか、先生が先ほど言ったレベルのデータの管理というのは、今、日本全体で見たときに、ちょっと答えにくいかもしれませんが、どの程度そういったものの収集が進んでいるのか。あるいは、非常にごく一部の先生方のような先進的な先生方がそういったものを取り扱って研究されているのか。あるいは、もっと広く一般的にある程度はそういった情報の蓄積があるのか。そのあたりをちょっと教えていただきたいと思えます。

山中氏 医療機関には毎日、膨大な数の事故が来ていますが、その情報はどこにもありません。どこにもないというか、カルテの中には一部あるのですが、事故が何人来ているかもわかりません。唯一、私が今やっているC I P E Cというグループが、国立成育医療センターと私の医院で集めている以外はまともなデータはありません。実は、国民生活センターの方がいらっしゃるのですが、国民生活センターは全国に20カ所、危害情報の収集をしている病院があります。しかしそのデータは「アイロンに触ってやけど」とあるだけで、どういう状況かというのはまずつかめないと思います。ですから、収集のシステムを変えないと、幾ら数だけ集めても、畑村先生がおっしゃっているように、何万件集めても予防にはつながらない。数を集めるのではなくて、やはり質が大事だろうと思います。事故には死亡事故、それから入院する事故、医療機関の外来を受診する事故、その下には家庭で処置をする事故、あるいは家庭で処置をしない事故、ヒヤリ・ハットとあります。今、医療関係などはヒヤリ・ハットに注目していますが、ヒヤリ・ハットというのは、同じ機能の人の場合にヒヤリ・ハットが次に生きるのもあって、子どもは毎日ヒヤリ・ハットの連続で、翌日にはできるようになるわけですね。ですから、子どもの事故に関してヒヤリ・ハットまで集めると、これはデータの収集も分析もできないと思います。今回お配りしたレジュメにも書きましたが、昨年度、日本学術会議から出した「子どもの事故を予防する体制を構築するためには」という中では、死亡例に関しては全例、情報収集する登録システムをつくるべきだと述べています。その次に大切なのは、入院した事例をきちんと収集していくということだと思っています。事故は山ほど起きていますが、予防につながるデータはどこにもないと言ってもいいと思います。小児科医は1万8,000人おりますが、事故の予防をやっている人はいません。いませんと言うと変ですが、「気をつけましょう」と言っているだけです。

東委員 ありがとうございます。

もう1つ、鈴木先生の方にもお尋ねしたいと思えます。先生の方のお話では、製品を改

善するというところもあることはあるけれども、むしろ高齢者自身の体力であったり、体の機能を高めるような取組みの方がより効果的ではないかというようなことを伺った気がするのですが、先生は最初に、認知症の方はさておきといいますか、それは別としてというようなお話をされたかと思うのですが、今、いろいろな開放ベッドもつい最近、首を挟んでというということでJASの規格が変わるというお話があったと思うのですが、やはり要介護の状態の御高齢者にとっては、製品の安全性というのが直接命に関わることになると思いますので、そのあたりについて、少し先生の御意見なり状況なりを教えていただけたらと思います。

鈴木氏 私、今回は地域の在宅の高齢者を中心にした取組みを御紹介申し上げたのですがけれども、おっしゃるとおりです。例えば認知症の方ですとか、施設の高齢者はまた別です。施設の高齢者の方は、施設で相当いろいろな器具が使われます。それから、施設では、実際に例えば転倒というのは、在宅の方が起こしてくる転倒とは全く違う転倒状況です。それは、ベッドから降りようとするときに起きてくる、そういう転倒骨折事故が圧倒的に多いです。その場合にどうするかということが非常に問題になります。ただ、一方で、ベッドに寝ていて転落するというところも予防しなければいけない。そうすると、柵をつけなくてはならない。柵をつけると、どうしてもベッドの位置が高くなってしまふ。高くなってしまふから、それを乗り越えようとしてよろけてしまふといったように、なかなか痛し痒しの部分が出てくるんですね。だけど、それは1つは、製品ということよりも、私はどうしても人の方にいつてしまふのですけれども、介護している側の職員の手厚い対応というのが本来的にはまずあるのかなというふうに思っています。

そういった意味では、確かに施設は在宅とはまた違う視点での事故予防のアプローチというのが必要ですし、それは、それぞれの施設がかなり真剣に取り組んでいることは事実です。やはり自分たちのところで事故を起こされるのは嫌ですから、そういったような意味で。

それからもう1つ、これは必ずしも高齢者ではありませんが、障害をおもちの方一般に全部通じることですけれども、やはり車いすもいろいろなタイプがあって、それぞれに事故を起こしやすいとか、起こしづらいとか、ここまできちんと気が回っているんだといったようなものもずいぶんいろいろ紹介されているし、福祉工学の分野ではそういった製品に対する安全性に関する議論というのは今相当進んでいるということは間違いないと思います。

東委員 ありがとうございます。

古田主査 では、島野委員。

島野委員 今の関連で。山中先生からいつも厳しい意見をいただいているのですけれども、現実の問題としては、小児科医さん、あるいは産婦人科医さんというのは特に忙しい。それで、情報をただ集めているだけではどうしようもないというんですけれども、まずは集めることがあるにしても、それを分析して評価する方とどちらに重きを置くべきなのか。

例えば、大学病院で年間 100 万人以上の病院が日本では 3 つぐらいあるようですけれども、そういうところから集めてというのかなりな部分が集まる。それは階段から落ちたのも何でもいい。それで集めて分析していくんだという方向と、先生のような方を御紹介いただいて、全国にいて、その方々が、これは何か問題があるんだと問題視したものを集めるのと、その辺は方向性としてはどちらにいくべきだと山中先生としてはお考えですか。

山中氏 例えば、オーストラリアは人口規模 400 万のところで医療機関 20 病院の救急室を定点にして、年間に全年齢層で、高齢者も含めて、16 万件ぐらい事故例を収集しています。もう 10 年近くデータを出していますが、例えば事故が徐々に減っているなど疫学的なデータ、母数に対してどれがどのくらい減ったというデータをきちんと出しております。私はそういうデータもある程度必要だと思いますが、疫学的なデータでは予防まではなかなかいかないんです。ということで、オーストラリアでも、年に数件ですけれども、その中で、例えば今まで記録がないような事故とか、あるいは重症度が高い事故を取り上げて、それについてもう一回再調査をしています。それは国民生活センターもやっていますね。

私は、地域でほとんどその病院に大きな外傷が来るのであれば、そういう疫学的なところも必要だと思いますが、ただ、それを何万件集めても、今のところ、なかなか予防にはつながらないわけですね。先ほど島野さんもおっしゃったように、医療機関の医者も看護師もすごく忙しいのは重々わかっていますし、情報収集にはとても協力できないというのはわかるんですけど、でも、そこでしかきちんとした情報が得られないのです。私のところでは今、自分で必要性を判断をして、あとはほかの人に頼んで現場検証としていますけれども、国民生活センターは消費生活アドバイザーを養成していらっしゃるわけですから、医療機関の入院例、あるいは、どうして事故が起きたのかわからないという例があれば、医療機関の人がお母さんに頼んで、そして自宅なり製品の検証を、消費生活アドバイザーの方が実際の現場に行く、自宅に行く、製品を見せてもらうなど、そういう活動をしていった方が有効だろうと思っています。

そのとき、やはり重症度が高いという意味で、現場検証の定点は医療機関に置き、医者は現場検証までとてもできないと思いますし、看護師も実はできませんね。やはり検証できる人を入れなければいけない。今は成育医療センターのナースに毎月、何とか頼むからやってよと言って頼んでいますし、私の所は自分でやっていますけれども、これはよそでできるとはとても思えません。そういう意味では、事故予防の視点がある人といえ、やはり消費生活アドバイザーで、その人に頼んで現場検証もやる。私は、どっちだけではなく、両方必要だろうと思っています。

古田主査 鶴岡委員。

鶴岡委員 お 2 人の先生にちょっとお伺いしたいのですが、まず山中先生に。今の質問との関連ですけれども、諸外国で病院からの情報の収集がうまくいっているところでは、どういう工夫がされているのか。例えば制度化されているとか、そういった工夫がされて

いるのかどうかという点ですね。それから、鈴木先生の方ですけれども、高齢者に対して、実は私の義父母がとうに 90 歳で、まさに介護の転倒とか、そういった出来事にふだん向き合っているのですけれども、事故防止についての理解、例えば製品の場合、警告の意義、この辺はどういうふうに評価されていらっしゃるかということ。

それから、消防と病院の連携、セーフコミュニティで、たぶん自治体との関係でもうまくいっているんだと思うのですけれども、そのうまくいさせるパターン、これはどういったパターンが考えられるかということをお意見を伺わせていただきたいと思います。

鈴木氏 要するに、サーベイランスがうまくいくパターンということでございますね。
鶴岡委員 そうですね。

山中氏 諸外国といっても、オーストラリアとか、ヨーロッパのスウェーデンとか、カナダなどでは、injury サーベイランスがシステムとして動いているんですね。これが日本にはないわけです。感染症では、今から 30 年以上前から感染症サーベイランスというのがあって、はしかが今どこで何件というのがわかるのですけれども、事故ではそれが全く動いていない。欧米では、公衆衛生関係の保健省のようところが事故のサーベイランスの本部になっています。オーストラリアのメルボルンの場合には、大学に研究所があって、事故の情報を集める専任の人がいます。その人が毎週、各病院からきたデータを見て、もしデータの内容が不十分であれば、その病院に出向いて看護師やドクターにここは足りないと言って突っ返したりして、データ処理にお金をかけているのです。我が国では、事故といっても、言い方は悪いですが、こんにやくゼリー一つとっても、どこにも担当がいらないんです。内閣府でもないし、農林水産省でもない。厚生労働省も、うちは窒息は関係ないと言っています。担当部署がないんです。鈴木先生もおっしゃったように、情報がないわけですから、何はともあれ情報を集めなければいけないわけです。その情報をきちんと集めるためには、やはり法的な担当部署が必要ですよね。メルボルンなどでは、年間 1 億円ぐらい、法医学関係の死亡した例も含めてですが、サーベイランスのためにそれぐらいの予算がついています。お金がつけば初めて継続的に動くわけで、今の日本では全くそういうシステムがないですね。

学校で、例えばプールで事故が起きれば、教育長が頭を下げて「二度と起きないようにします」と言うけれども、口先だけです。そして、またほかで同じ事故が起きるわけですね。このシステムを変えるためには、そういう事故のことを考える専任の担当が必要です。そういう意味では、消費者庁が今回その任を担っているのではないか。ただ、私が危惧しているのは、農林水産省の出向を食品担当の安全としてしまうと、「子ども」がない。今のような縦割りのシステムにすると、また隙間になってしまう。子どもと高齢者は事故のターゲットになりやすいので、子ども安全対策課みたいな、横に、子どものことだったら全部そこがやりますよという部署、担当者をつくらないと、この国では何も始まらないんじゃないかと思っています。今までの各省庁の縦割り方式で消費者庁をつくらずに、子どもとか、高齢者とか、今までとは違うといいますが、隙間になりそうな、今迄いなかった

ところをどうしてもつくってほしいと思っています。学会会議の提言でもそれを入れました。

がんであれば今まであちこちで各自バラバラにやっていたのを一元化するために、がん対策基本法ができ少し動き始めた。自殺もあちこちでやっていたのをまとめて自殺対策基本法を作った。だから、最終的には、子どもの事故対策基本法みたいなものを作りサーベイランスをするシステムを構築してもらわないとなかなか進まない。いろいろな部署が協力しなければいけないし、よその国でも、もちろん20年以上前からですが、徐々にそういうシステムを作り、システムとして動いていると思います。それには人的、予算的な裏づけが必要じゃないかと思っています。

鈴木氏 私の場合は、今2つ御質問があって、1つは高齢者自身にどれだけそういった危険性を気づいていただくかということですが、非常に難しいということになります。実際、なかなかこういうことがキャンペーンとして十分根づいていないんですね。でも、事故は非常に多いということはおわかっておられると思うんです。実は、今日も3時から厚労省の会議で、介護予防も含めた地域支援事業というものが普及していくために、どういうやり方でやればいいのかという委員会があって、実はまさにそこなんです。私も、高齢者の方というのが、いかに早く自分が危険な老化のサインを持っているかということに気づいていただくしかないんです。ところが、一般にそういうことが今まで、高齢社会というのは非常に早く日本に到来したために、そういったエデュケーションができていないんですね。正直言って、一にも二にもエデュケーションです。

それから、白内障の方は、白内障というのは非常にわずかずつ進行するために、自分が白内障であるということに気づいていないんです。白内障に気づかないと、例えば机の色と床の色、それから椅子の色の弁別が薄暗くなるとできなくなるんです。だから、この部屋のこのシステムというのは、白内障の方にとってみると非常に事故を起こしやすいという悪い典型なのかもしれませんね。

実は、ことほどさように私たちは気づいていないんです。御本人も気づいていないんです。そういう方は、それぞれさっき言ったように、長いこと自分の家で暮しているから、危険だと思っても、ついつい段差の間にある色の弁別域がわからないために事故を起こしてしまうんですね。そういうこととか、それから足のトラブルでだんだん偏平足になってくると、歩きにあおり方ができないために摺り足になってしまいます。これも危ないんです。そのときは、例えば靴の減り方が、後ろの外側の辺が真ん中が減るようになったら、それは危ないんだよと。あるいは、足の指のつけ根の底のところにタコができてきたら、これは偏平足のサインなんだよといったようなことが皆さんで本当に理解していただければ、そんなに難しいことじゃないんですね。我々から言わせれば、ちょっとした気づきなんですけれども、そここのところに啓発普及が進んでいないという点はある意味で御指摘されたとおりだと思います。だから、やはり家族の誰かがそういう情報を持ってきたら、できるだけそれを自分の自宅に、あるいは御両親に応用して考えてみるということが大事な

のかなと。それをどういう仕掛けでやるかというのは、これは国の1つのこれからの責任だろうというふうに思っています。

それからもう1点は、サーベイランスが本当にうまくいくためにどうしたらいいのか。これは先ほど山中先生がお答えになられたことがそのとおりだと思うんです。先ほど申し上げましたように、救急車から病院に行ったその間で情報が断絶してしまうということ、これが最大の問題です。日本で、先ほど御紹介したセーフコミュニティを認証しようとするときに、都市の側で、コミュニティの側でやらなければいけないのは、その断絶をなくすることなんです。ですから、例えば亀岡市であれば、亀岡市にある市民病院を中心にして、大きい病院が周りに2～3あるのですが、その間で事故で入ってきた人は共通の事故報告書というものをドクターの側が提出する。これは、確かに医者側にとっては大変な作業になります。けれども、それをやらないと情報の一元化ができません。それから、亀岡市は亀岡市で事故対策防止課という課を1つつくって、そのところで市民に対する取り組みもやりますし、病院に対するサーベイランスをちゃんとやるし、年間の統計報告もそこで出すというふうに、専属でやっていくような仕組みがないと、情報はどこかにみんなバラバラあるんだけれども、先ほどまさに山中先生がおっしゃったとおりだと思うのですが、それが有機的に結びついていないというのが1つの大きな問題じゃないかというふうに思っております。

鶴岡委員 どうもありがとうございます。

廣瀬委員 山中先生のお話でまず1つ。子どものことについて、情報の問題は大変重要な御指摘だったと思っています。例えばアイロン事故について、このように、まずは情報が入っても質がよくないものだと思えるのだけれども、やけどの発生状況を詳細に聞くことによって、より詳しい事情がわかる。これから、例えば納戸の上方に置くというようなことは、普通の素人でも詳しくわかってくと出てくる結論だと思います。つまり、情報が詳細になったことによって出てきやすいタイプのものといえるでしょう。ところが、下の方の、子どもが寝返りを打つようになり、アイロンに触ってやけどしたというケースについては、その際、使用後のアイロンの温度変化が時間経過でどうなるかという点が重要だということでした。ここは私聞いていて非常にドキッとしました。こういうところまで気がつくのはやはり専門家なのかなと。つまり、情報が幾らあっても、それを次につなげる、対策につなげるには、やはり専門的な知識とか、あるいは何か別のものがある必要があって、その辺がもう1つ重要ではないか。そのあたりについて、もしもう少し具体的なお話がいただければありがたいのですけれども。

山中氏 私も、二十数年間、子どもの事故を予防しようと思ってきたんですけど、簡単に言うと、小児科医だけが幾ら考えても予防なんかできないんですよね。それまでは予防しようとはばかり思っていたけれども、工学系と付き合うようになって、あるとき、作ることができたら「事故をつくろう」と思ったんです。病気では、まず病気を作ることが行われます。がんも大変なことですが、がんをつくることのできれば幾らでも薬を試せる。病気

の治療を確立したいと思ったら、まず病気をつくることなんです。例えば結核菌を分離して結核をつくれれば、あと幾らでもいろいろなことができるわけです。今まで事故を予防しようと思っただけでも、事故をつくり出す。でも、事故は実際につくり出せないの、アニメーションで映像を描くことにしました。そのとき、工学系にデータを渡して、この情報でアニメーションをつくってくださいと言ったら、こんなデータではできないと言うわけです。例えばアイロンに触ったと。では、それはどんな部屋で、赤ちゃんはどこに寝ていて、お母さんはどこにいて、どのようにしてさわったか。要するにシナリオライターになって、アニメーションを作るための情報を取らないとだめだということがやっとわかって、3年ぐらい前からそういう情報の取り方をするようになりました。

だから、一般の病院に行って、医者や看護師に情報を取れと言っても、そこまでは無理です。そういう意味では、消費生活アドバイザーのように、少し予防の視点を持った、トレーニングを受けた人が詳しい情報を聞かないとなかなかむずかしいと思います。私が言いたかったのは、目の前に、きちんと情報を取れば何らかの予防の回答があるのに、ただ、「アイロンに触った」、「そうですか、気をつけてください」、「今度からアイロンには触らないようにしてね」と言うだけではダメなのです。これは毎日みんなやっていることですけれども。事故が起きたときの部屋の状況、テーブルの状況、マットだとか、アイロンが置いてあった位置とかシナリオライターとしてシーンを描けるような情報を取れば、それが予防につながるんじゃないかと最近は思っています。医療現場には非常に貴重な情報が毎日あるんだけれども、ほとんどの人たちはその情報を取らずに、ただ「アイロンでやけど」と言っているだけですから、これでは何万件集めてももうまくいかないんじゃないですか。

廣瀬委員 実は、この会全体でも情報の一元化というような話をみんなでしたりしているのですけれども、そこにおいても情報の内容が大事だ、質が大事だという今日のお話は、私は大変勉強になりました。目が開かれた思いです。その質を高めるにはどうしたらよいかというときに、一番根本に1つ、先ほど研究所とか研究者が大切だというような話をちょっとされたのですよね。そういうものがむしろいろいろな形で情報がたくさん出てくる、あるいは、それを単一化して割に簡単なものであってもたくさん出てくるのはいいという面もあるけれども、もう一方で、専門的な研究家集団とか、別に一堂に会さなくても、それをネットワークでつなげたような、そういうものを内閣府などでもつくるような方向というものがもし未だあれば、あってもいいのではないかという気がします。

消費生活アドバイザーが非常に重要だという話が今日出て、これもいいと思うのですけれども、もう一方で、もっと専門的なところで一括して、例えば難しいわからないものについては集中的にみんなで考えるとか、そういうものがオーストラリアなどでも考えられたというのだけど、そういう何か専門性の高いものがあって横断的に見るというようなものが必要じゃないかという気がしていたのですが、その辺はどうでしょうか。

山中氏 私は一人でやっていたのですが、5年ぐらい前に工学系の人と付き合うように

なって、医療現場だけではだめで、研究者だけでもだめで、教育とか、産業界も、メディアも、全てが加わる必要があるだろうし、これらが1つの研究グループの格好にならなければならない。日本には、残念ながら、子どもだけに関して言うと、治療はみんなしていますから治療学はたくさん専門家がいますけれども、予防をやっている研究者がいないんです。研究所もなければ、研究部門もないし、研究者もいない。そこで自発的に今研究グループをつくっているところです。ともかく、いろいろなところに加わらなければならないというのがこの問題の一番の難しさだと思います。ゆくゆくは消費者庁ができて、本当に何かやろうと思ったら、消費者庁の附属の研究機関は絶対に必要になると思います。そこで研究しないと、ただ情報を集めても難しいと思います。

望月委員 山中先生が焼津市立病院の方に小児科勤務医をされていた当時、厚生労働省の方の子ども事故の調査研究班というものが設置されまして、静岡県におきましても、子どもたちの事故の調査について協力をしたことがありました。当時、たしか八王子の医療センターの田中先生が中心だったと思うのですがけれども、子どもたちの事故の調査事例や防止対策などの報告書を送っていただいたこともあるのですが、こういった子ども事故の調査研究班のような活動が現在も引き継がれているでしょうか。

山中氏 子どもの死亡の第1位が不慮の事故ということで、20年ぐらい前から厚生省の児童家庭局母子保健課が子どもの事故の研究班を組織したのです。15~16年やりましたが、結局、データを集めただけで予防にはつながらなかったのもう研究班はありません。何万例も集めたので、何歳には何が早いというのはわかっているんですけども、では、どう予防するかということでは、産業界とも、ほかのグループともコンタクトがなかった。厚生省も何年やっても効果がないので、研究班は今はありません。厚生労働省は、事故予防のことに研究はしていない。本来なら健康問題として扱うべきですがけれども。ただ、厚生労働省だけでは、結果は出ないと思いますね。

向殿委員 私は技術屋ですがけれども、こういう事故というのは人間の注意は限界がある。必ず施設側で対応しろというのが私の立場で、そのためには、原因がわかれば対応ができる。原因はどうなのかというと、今のお話のように、事故に至るストーリーとか状況がわからなければ原因なんかわからないんです。労働安全とか機械安全といいますが、リスクアセスメントというか、要するに何が原因で、どういうエネルギーでどうなったかというのを全部チェックして、そして事故に至る、そういうストーリーを全部チェックリストでやっているわけですね。ですから、こういうことも、できたらプロか、ある程度研究班があつてストーリーをつくって、チェックリストをつくって、情報を集めるときは、誰がどこでどういうことがあったか。それがわかれば、ハードウェア屋としては対応ができると私は思いますね。ですから、事故の集め方、要するに、ただ情報を集めてもしょうがないのは明らかなので、状況とストーリーをはっきりさせる。事故というのは必ずストーリーがあるはずですから、それを集めるというやり方。また、ある意味ではチェックリストみたいなものをつくって、事故を統一的、標準的に集めるということをする方がいいと思

うし、どうやったらいいかという、私は何回もここで病院と警察から情報を集めると言っているのですが、忙しくて到底だめだというお答えがよく返ってくるんですけども、やはりそこに専門家が入って、今言ったパターン化した書類で集めるということをやるのがいいと思うんですけども、山中先生、いかがですか。

山中氏 医療機関は忙しいじゃなくて、極端に言うと、きちんとした情報をとることは健康問題を解決するための義務だと思っています。私の役目は、医療関係者に傷害の情報をきちんと記録することは仕事である。それをしなかったらカルテを書かないのと同じだと言うつもりでいます。今後もそれを伝えていくつもりであります。

向殿委員 私もそう思って。

山中氏 あと、一番悪いのは、医療機関はすぐ何かと個人情報といって逃げるんですよ。そんなものは言いわけにしかすぎないわけです。がんのデータも個人情報だといったら治療も考えられないわけですよ。健康問題を解決するには、個人情報の問題はクリアするとしても、そんな言いわけではなく、事故情報の記録は仕事である、カルテを書くのと同じだと私は言っているのです。まだ1人で言っているだけなので余り伝わっていないのですが、国が法律的に定点を決めてくれるとありがたい。感染症法で、例えば麻疹のサーベイランスをすると決めると、個人情報の問題はなくなります。ですから、法律で情報を集めることを決めていただくと物事は早いと思っています。

向殿委員 私も、そういう法律ができれば、法で強制力を持ってやらせない限り動かないんじゃないかという気はするんです。

山中氏 そうですね。

向殿委員 そのためには、消費者庁がどのくらい力があるかわからないけれども、やはりトップの方から、病院も警察もある程度含んで情報を集めるための法を置く。やはりそっちへ持っていかないと、この情報は結局集まらないんじゃないかという気がするんです。大変でしょうけれども。

古田主査 では、先生方も予定があたりだそうですので、最後に。

山上委員 先ほどから情報の質というか、中身の問題ということできいろいろとそこら辺の制度が必要だということですけども、消費生活センターでPIONETに上げているところには、いつ、どこで、どのような状況かということを知るフォームが一応できているんです。ですから、それと同じような形のものを病院とか、そういったところになるべく共通項目としてそういうものをつくっていくと合わせやすいし、事故に至るストーリー、状況というものがわかるような形になるのではないかと考えておりますので、消費生活センターの相談員の方々は、そういう意味での聞き取りの訓練もできていると思われしますので、中身的なことはそういうふうに行っていたらいいのかなというふうにはちょっと思いました。

古田主査 それでは、まだいろいろおありかと思っておりますけれども、一応予定した時間でございますので、これで第1の議題を終わらせていただきたいと思います。

今日は、お2人の先生方に大変有用なお話をいただきまして、我々のこの委員会も、ぜひ今日お話しいただいた内容を参考にさせていただきまして取りまとめたいと思います。今日は本当にどうもありがとうございました。

(山中氏、鈴木氏退室)

古田主査 それでは、本日2番目の議題に移りたいと思いますけれども、時間の節約のために2番目と3番目の議題を一緒にさせていただきたいと思います。2番目は、内外の製品安全法制を巡る動向につきまして、事務局の方から御報告いただきたいと思います。よろしく願いいたします。

野村消費者安全課長 それでは、お手元の資料3でございます。全般的な御議論をいただく御参考といたしまして、製品安全に関する制度の内外の動向について簡単に整理をさせていただきます。

おめくりいただきまして、最初のパーツ、EUにおけます動向でございますけれども、先生方におかれては既に御案内のところが多いかと思っておりますけれども、大きな動きとしましては、3点ほどございます。

1つは、92年に品目横断的な一般製品安全指令というものが制定をされてございますが、これに関しましては、2001年に大きな改正がございまして、各国における横断的・基本的な指令であることの明確化が図られて、現在、相当数の国で国内法制化が進んでいるという状況でございます。

それからもう1つには、85年に製造物責任指令が制定をされてございますが、これに関しましては、99年に大きな改正がされてございまして、一次農産物の対象化といった改正がされているところでございます。

それから、EUにおきましては、製品リスク情報を共有するためのネットワークをつくるという取組みがかなり早くから進んでございますけれども、略称でRAPEXというふうに呼ばれてございますが、これに関しましても、2000年代に入りましてから情報収集範囲を拡大するなどの取組みの強化が図られているという状況がでございます。

2枚目から4枚目にかけて、一般製品安全指令の関係について整理をしてございます。まず、この指令の対象範囲でございますけれども、製品の種類に応じた特別指令の規制対象になっていない製品全般。また、サービスの提供に付随して供給される製品。本来、専門家向けに製造された商品であっても、それを一般消費者も使用することが予見可能な製品。こういった幅広い製品に関して対象とするという旨が定められてございます。その上で、製造者の義務、販売業者の義務、加盟国の義務、RAPEXに関する措置といった構成になっているところでございます。

専門家の方々からの一般製品安全指令に関する特徴と申しますか、御指摘がありますところとしては、4点ほどあろうかと思えます。

1つには、製造事業者に対する規制といたしまして、各国それぞれに安全基準を委ねるということではなくて、安全基準に関しまして「欧州標準」というものを導入して、各国

ともにそれを共有するという措置が 01 年以降図られてございます。また安全対策として、法令上、リコールを明記しているという措置が 01 年以降とられてございます。また、販売事業者も製造事業者とほぼ同等の義務を負うといたしまして、製品の安全性監視義務、あるいは流通情報の保管・提供義務といった義務が負わされてございます。また、加盟国に対する義務といたしましても、これも 01 年に加重されておりまして、一定の権限を付与した専門の所轄庁を設置しなければいけないという義務が課されているところでございます。また、事故の未然防止につながる情報の収集・伝達システムを各国が協力して整備することといったことなどが特徴として指摘をされているところかと理解をしております。

5 ページ目から 6 ページ目にかけて、米国の状況について整理をしております。米国におきましては、1970 年代に消費者製品安全委員会が設置をされて以降、大きな制度改革がなかったというふうにされてございますが、07 年から 08 年にかけて製品のリコールが相次いだということが背景だというふうに言われてございますけれども、消費者製品の安全性を改善するための法律というものが 8 月に署名・制定されているところでございます。

内容としましては大きく 2 点ございまして、1 つは、子ども用の製品に関して安全規制を連邦レベルで入れていくという取組みがされてございます。具体的には、製品の鉛の含有率の上限を設定することでございまして、玩具に関しまして特別な安全基準を設定すること。あるいは、一定の子ども向け製品に関しましては、第三者機関による安全性のテストを事業者に対して義務づけをしまして、また、その義務の履行状況について CPSC が立入調査をする権限が付与されているといった措置がなされてございます。

また、消費者製品安全委員会の権限といたしまして、委員会の予算・職員数を増強する。これは単年度ベースで従来の 7 割から 8 割増の措置がされているということでございます。また、危険な製品情報の公開、消費者が危険な製品情報を検索できるオンラインデータベースを構築するといった取組みなどがなされているということでございます。

6 ページ目は、米国におけます被害救済に関する制度の状況でございますけれども、こちらの方は連邦レベルでは大きな取組みはないとされてございますけれども、各州レベルでは、そこがございますような幾つかの制度改革、大きく言いますと、賠償の上限に関します規定を設ける動きと、もう 1 つは、一定の手続きに関して明示的な規定を盛り込んでいくという動きがあるというふうに理解をしております。

7 ページ目以降、日本に関して簡単にまとめてございますけれども、このあたりは既に御案内のとおりかと存じますが、日用品に関する一般的な法律でございます消費生活用製品安全法に関しましては 06 年から 07 年に改正がされてございまして、重大事故情報の報告を事業者に対して義務づけること。また、国に対して事故情報の公表を義務づけるという制度が導入されてございます。また、特定保守製品の事業者に関しましては、標準使用期間でございまして、点検必要期間の表示を義務づける。これは、今年の 4 月から施行されることになってございますが、そうした改正が図られているところでございます。

今後の予定といたしましては、官邸に置かれました消費者行政推進会議において議論がこれまでされてきたところでございますけれども、製品安全に関する個別規制法が入り組んでい過ぎて複雑であるというような御指摘、あるいは個別規制法のみを頼っていて、隙間が存在をしているというところが大きな問題だというような御議論がございまして、今後の予定といたしましては、消費者庁の関連法案の中で、重大事故情報の報告・公表制度については消費者庁へ移管すること及び移管した後に、その対象範囲を拡大をしていくというような方針が示されておりますことと、個別法に関しまして、安全基準への消費者庁の関与を強めていくという法案がこれから審議をされようとしているという状況でございます。

それから、8ページ目は被害救済の関係でございますが、製造物責任法が平成7年に制定されて以降、既に14年目に入っておりますけれども、18年時点で国民生活局で訴状・判決文を入手できました事案90件について見てみますと、このうち46件について判決が出てございます。このうち製造物責法律を認容したと認められている事案が22事案でございます。その判決の内容を簡単に右側に要約してございますが、まず争われた損害種類の種別ということで見てみますと、生命・身体損害が多いわけでございますが、それと合わせて精神的損害が争われている事例、また、精神的損害をどの範囲で認容するかというところが焦点になっている事例が多いことが見られるところでございます。また、認容された損害賠償金額について見てみますと、争われております金額といたしましては、1,000万円以上、5,000万円以上、1億円以上といったところのレンジに集まってきているところでございますけれども、認容額といたしましては1,000万円～5,000万円、または100万円～500万円といったレンジに集まってきているという状況がございまして、このあたりについてどういうふうに解釈するかというのは、いろいろと議論が存在しているところかと理解をしております。

ちょっと駆け足で恐縮でございますが、引き続き資料4の御説明を併せてさせていただければと思います。

資料4でございますが、ワーキンググループの論点整理(案)ということで用意させていただいております。5点ほど挙げさせていただいております。

まず1つ目でございますが、「子どもや高齢者の事故への対応」ということで、本日の御議論を踏まえまして加筆が必要かと理解しておりますが、ここでは簡単に以下のように記載させていただいております。子どもや高齢者等が被害者となっている事故情報を収集・分析し、未然防止につなげていく取組みの強化・拡充を図るべきである。その際、事故が一般成人に期待される標準行為からの逸脱に起因しているとみられる場合であっても、同種の製品、同種の使用状況において、同種の事故が重ねて発生している場合には、逸脱を生じさせる背後の要因を分析し、それらを解消、緩和しようとする視点が重要である。

2番目に「安全基準のあり方」といたしまして、これは前回、相当程度御議論いただいたところを以下のように整理させていただいておりますが、消費者庁においては、消費

者目線から消費者事故情報の分析をしっかりと行なって、安全基準のあり方について所轄省庁に改善を求めていくべきである。そのために、一元的に集約する事故情報の中から、被害の状況を踏まえながら、事故の原因となった製品の構造の変更等を検討する必要性や、それに対応する安全基準の見直しを検討する必要性等について、具体的に抽出するための手順や体制を整備すべきである。その体制については、被害の態様や消費者事故の原因となった製品を対象として、医学、衛生学、化学、工学、心理学などの関連分野の専門家や消費者事故対応の経験者等によって、総合的、多角的に分析を加えることができるものとするべきである。また、所轄省庁が不明確な領域、例えば食品用の容器、健康用の機器といったものにも十分に目配りをすべきである。また、安全基準設定の手順、頻度、観点等について、所管省庁間での取組みの共有化や連携を促進する必要があるとしてございます。

3番目に、「リスクコミュニケーション、消費者教育」に関しましても、前回御議論いただきましたことと、個別に御連絡をちょうだいしているところを記載させていただいてございますが、社会全体として安全のレベルを高めていくための取組みとしては、リスクコミュニケーションの役割は重要であり、食品分野では取組みが進展しているが、製品分野においても、消費者目線からのリスクコミュニケーションの強化・拡充を図るべきである。そのために、まずは情報発信のあり方として、消費者にとってのわかりやすさと、情報の正確性や信頼性とのバランスのとれた取組みの推進が重要である。製品分野の事故には、消費者の使用方法に起因するものも多く、そうした事故例を収集・分析・発信する取組みも必要であるとしてございます。

4番目、「製品安全法制のあり方」ということで、これは資料3に絡めてでございますけれども、製品の安全に係る法制については、製品の複雑化、製品流通のグローバル化等を踏まえ、諸外国において、個別的な規制だけでなく、横断的な規制を講ずる取組みや、事故情報の収集・伝達、リコール等を重視した取組みが進んでいることも念頭に置きながら、そのあり方について更に検討を進めていく必要があるのではないかとさせていただいてございます。また、製品の欠陥による被害に対する救済の実効性を確保・向上するため、判例の蓄積に基づいた「欠陥」に対する理解を広める取組みや、諸外国における制度改変の動向等も踏まえた検討すべきことが必要ではないかとさせていただきます。

5番目に「その他」といたしまして、事故情報の公表のあり方としましては、前回御指摘がございました点として、化学物質に関しまして、健康被害との因果関係を確定することが難しいケースが多いが、因果関係が確定していないことを明らかにした上で、事故情報の公表を徹底すべきであるといった御指摘がございました。

また、事故情報の一元化に関しまして、関係府省庁が各々収集している医療機関からの事故情報については、共通的に利活用できる環境整備を進めるべきであるという御指摘をいただいております。

また、個別にいただいている御指摘としまして、環境への配慮ということで、製品を大切に扱うこと、環境負荷に配慮することなども広い意味で消費生活における安全・安心に

含めて考えるべきではないかという御指摘を記載させていただいております。

駆け足で申しわけございませんが、以上でございます。

古田主査 それでは、ただいまの2件につきまして、御質問、御意見を伺いたいと思います。いかがでしょうか。

青木委員 先ほどの山中先生、鈴木先生からの子どもや高齢者等の事故への対応にもつながるのですが、私も前から事故情報の収集のところについては、データベース化するに当たって質の議論というのは絶対深めておかないといけない点だと思っております。製品ワーキンググループなので、メーカーとか事業者の取組みがどうなのかということも1つの事例になるかもしれないので申し上げますが、網羅的に情報を収集しても、大まかな傾向はつかめると思うのですが、それをどのように予防あるいは改善につなげるかということについては、これはなかなかできないと思うんです。

事例で恐縮ですが、メーカーである私どもでも、お客様の声を商品に反映させようと思うと、効果がないとか、気分が悪くなったとか、こういう情報だけでは全然反映できないので、どういうふうに思われて、どういう場面でという、この事実確認という行為、行動が絶対必要だと思うんです。ですから、今、窓口がいろいろな地方の消費者行政のところで強化されるという、その第一報という窓口とともに、やはり事実確認ということろは、山中先生もおっしゃっていましたように、行ってその場面を見るとか、あるいは通院されていけば医師に確認してその情報を得る。こういう事実確認のところの情報量の質を高めるということは非常に重要だと思います。

それと、ぜひこれから検討しなければいけないと思っておりますが、情報システムの技術で十分解決できると思うのは、弊社でも1件御相談いただいたその1件に対しては、その1件の内容というのは全部データベースの中に非常に深い蓄積をしていけるんですね。それも、1件、窓口で聞いた内容を入れるのと同時に、例えば訪問して御自宅に行ったら、そこで撮ったデジタル写真も全部その場でデータベースに簡単に取り込んで1件の内容として情報を集約できますし、手紙でいただいたら、その手紙そのものを生情報として入れたり、常にフォーマットを決めて、そこだけに入れていくということではなく、医療機関もカルテ等があるわけですから、そこからわざわざ入れなくても、その情報を吸い上げるような仕組みですとか、その吸い上げたものについて、いろいろな場所からその情報にいろいろなデータを蓄積していく仕組みというのは、今の情報システムの仕組みの中では十分つくれると思うんです。ただ、網羅的にやろうとすると莫大なシステムになるので、その中からもう少し自由度の高いもの、あるいは今回出たような子どもの事故とか、こういうところについては、やはり行政がリーダーシップをとった中で、いろいろな機関、これはメーカーにもいろいろなものが寄せられているわけですから、行政、メーカー、それから医療機関が全て情報を集約しながら、質的にも深めるというような、そういう柱というか、特に何か要るんじゃないかと思うのと同時に、もう1点は、製品ワーキングのところでは、論点の中にやはりメーカーですとか、業界とか、こういうところと共同して取り

組めるような視点というのを論点としてまさにつくっていくべきじゃないかと思っております。

子どもの事故予防というのは本当に大きなテーマであって、これについては、当然、先ほど山中先生もおっしゃいましたように、やはり詳細にやっていくと設計上の問題があったり、あるいは改善しなければいけない問題があるので、メーカーですとか、業界ですとか、事業者と共同して取り組んでいく。情報量は圧倒的に設計上の問題は事業者、メーカーが持っているわけですから、そういう仕組みのところをもう少し論点に、やはり事故予防については、大きなプロジェクト的な、また国家的なテーマにして、そういう関係のいろいろな機関が共同で取り組むような視点を入れていただきたいというのが私の意見です。

古田主査 どうもありがとうございました。

東委員 意見ということですが、先ほどお2人の先生方からいただいた情報なども踏まえてということですが、1点目は、子どもや高齢者等の事故への対応ということに関して、先ほど私も少し申し上げたのですが、これについては、やはり施設におけるそういった製品事故というのが、介護施設にしても、あるいは保育園や幼稚園でも、玩具とか、いろいろな取り扱いに関して特殊な状況があると思いますので、子どもや高齢者ということに焦点を当てるとしたら、そういった施設に関する製品の事故というものを、通常の家で起こる事故と別のレベルで、そういった視点を盛り込んでいく必要があるのかなという気がしております。

もう1点は、3番目の「リスクコミュニケーション、消費者教育」ということに関してですが、こちら先ほど鈴木先生の方が高齢者に気づいてもらえないということをおっしゃったと思います。啓発や普及が非常に重要であると。しかしながら、子どもにしても高齢者にしても御本人というのはなかなか難しいので、家族の誰かが持ってきた情報を当人に伝えたり、理解してもらおうというような仕組みづくりというようなことをおっしゃっていたかと思うのですが、そのあたりに関連して、やはり製品に対する情報などを、子どもや高齢者を取り巻く人とか、あるいは施設でそこに関わる人とか、そういうところからきちんと情報が本人に伝わる、あるいは、周りの人が知っていることによって、本人たちを事故から防ぐことができるといった、そういった視点というものも含めて考えるといいのかなということを意見として思いましたので発言させていただきました。

古田主査 それでは、廣瀬委員。

廣瀬委員 私、製品グループではなくて、今日はちょっと呼ばれて来ておりますが、私も製品安全は大変重要だと思ってやっているので一言言わせていただければありがたいです。製品安全法制の、資料3で、今日は時間が余りなくて十分ではなかったですが、こういう形で検討されていることはありがたいと思っております。

ここで、論点整理では2枚目の4のところでもとめられておりますけれども、これで正確だと思いますが、視点として、法制度としては伝統的には非常に事後的な救済に偏っていたわけです。それが、ヨーロッパを中心に、むしろ事前のなりコールとか、そういう形

で何とか損害発生の広がりを食い止めようという形のものになってきている。この点は、これまでの法制度が弱かった点を反省せざるを得ない状況がきていると思います。それは、公法的領域はむしろ近時ずいぶん進んでいると思いますけれども、私法といいますか、民事とか、普通の私人間の権利・義務を決める民法とか商法とか、そういうレベルにおいて、特に民法ですが、まだ不十分だったところを突かれているという話だと思います。それが1つ。

それからもう一方で、これまでの法律というのは個人対個人で、個人が訴訟に持って行って決着をつけるというモデルだったわけで、その個人以外の人、多数の消費者とか、そういうものについても視野に入れるということが弱かったわけです。そこもこういうふうな形で、事故収集をいろいろな関係のものを取ったり、リコールというと直接被害がまだない段階についてもタッチしていくということが出てきているわけですし、団体訴訟とか消費者契約法でこの辺は大いに変わってきているのですけれども、更にそういう方向が強まると思います。これが1点です。

それから、子どもと高齢者の問題について。子どもと高齢者の扱いという論点整理の1ですけれども、これもこのとおりでよろしいというか、この方向で注意していただきたいと思いますけれども、ヨーロッパの状況を見ると、特に一般人についての製品事故その他について大量に見て、どんな損害のひどさがどれほどかというその大きさとか、それに掛ける事故発生確率というようなもので考えているわけですが、それとは別枠で、特別な弱者として乳幼児とか高齢者というのが捉えられているわけで、それらの主体に対する事故についてはリコールの基準などを - 2の「安全基準」とも関わりますが、こういうものを - 考えるに当たっても、別枠の考え方を取り入れていると思います。だから、子どもや高齢者の事故対応というのは、ほかのものと並んでやるというより、もう少し踏み込んで、もう少し注意をして扱うべき領域かなと思っています。具体的には、同種の事故が重ねて発生しているという状況が通常人の事故の場合ほどでなくても、非常に気をつけなくてはならない場合があるとか、そういう問題として出てくるのかもしれないと思います。

これに関連して、最近のお話で、例えばアメリカの法律改正についての話が資料3の御説明でありましたけれども、資料3の5ページ目ですが、特に2008年の消費者製品安全性改善法というのは、ここにありますように鉛の含有率について特に子供の服などに関して気をつけているわけですが、これなども相当厳しいものがあります。特に若干補足させてもらうと、安全性テストの義務化というのが2008年の立法当初は非常に広い対象に及んでいて、中古の、例えば安物などとして売っているような、子ども用衣服などについても、この規制を強制的に施行するということにしていたところ、ものすごい反対があって、その部分は後退して、中古を売っている店についての商品までそういう規制は及ばせないことにしたということがあります。つまり、とにかく安く手に入れたいという人たちもアメリカにはたくさんいるわけで、そういうところで余り神経質に規制するというのは、むしろ利用している消費者の方から非常に反発があがったり、事業者の方からももちろん反発

があったということがあったようです。ですから、アメリカの安全規制というのは一方ですごく強いとともに、現実に応じて割に柔軟に対応しているところもあるということはやはり見ておく必要があるかなと思いました。

それから、申しわけないのですがもう1点だけ。子どもの事故対応などについて、ヨーロッパの状況を見ていて気がつくのは、先ほどどなたか委員の方も言われたように、情報が単に言葉でそろえて集められているという以上に、具体的なカラーの写真で、こういう事故がありましたとか、リコールなどについての情報でも、非常に生々しい現状の写真を載せたりしているわけです。現におきた詳細な事実から元にとぐっていくと、いろいろなものが出てくるというようなことがあると思いますけれども、今後、一元化するような情報の問題についても、できるだけ現場とか現物に近いものに向かうという方向性は大変重要じゃないかというふうに思っております。

以上です。

古田主査 どうもありがとうございました。

越山委員 資料4の方の「安全基準のあり方」についてですけれども、ここに書いてあるのは、消費者庁というのは安全基準のあり方について改善を求めていくべきであるともとれるのですが、その下の記述の から と具体的にどういう対応になっているのかなと思って見てみると、ここに書いてあるのは事故の収集の方式や、専門家の意見を聞きながら、収集体制を整えて、いろいろな角度から検討して、収集体制自体を見直していくべきとの内容になっています。いろいろなところへ目を配りながら、情報の収集を一生懸命やりましょうということは意味がありますが、安全基準のあり方の話ではないように受けとれます。むしろこれは、これから消費者庁さんというのは、製品についての情報を集めるのも重要ですが、安全基準への対応ももっと具体的な方針をしめすべきではないでしょうか。もう1つの資料3に書いてありますが、ここでは各省庁の安全基準作成への関与としか書いていないので、これではいろいろな情報の収集能力、ちゃんと情報を集めて監督省庁に意見を述べましょうというところしか読めなくて、これでは具体的に消費者庁自身が足りない部分を補うように安全基準を強化しようとか、新たにつくっていきこうという部分は、国民が期待している部分よりは若干弱いような印象をちょっと受けるので、そんな気持ちがありました。以上です。

古田主査 では、鶴岡委員。

鶴岡委員 今の「安全基準のあり方」のところですが、今日のお2人の先生のお話から感じたところでは、やはり情報の収集・分析・評価というのは事故の予防に非常に重要だということは改めて感じたのですが、安全基準の見直しのためにそういうことをやるというよりも、やはり事故の再発防止とか、そういったことのためにやるということをもっと少し印象づけられるような位置づけ方という意味で、安全基準の見直しというのはもちろん重要な課題になってくると思うのですが、それを包含した事故の再発防止対策のためのいろいろな体制整備なんだということはある程度アピールする意味で、

ちょっと細かい話ですけれども、「安全基準等のあり方」とか、この論点の問題の設定にちょっと工夫があってもいいかなという感じを持ちました。

島野委員 もう1ついいですか。そんなに難しいことじゃないので。5の「その他」の事故情報の公表のあり方で、「化学物質に関しては」ということで化学物質に限定しているような感じですが、例えばニューサンス訴訟みたいなもの、相談の中には因果関係を確定することが難しいというのがいろいろありまして苦慮するところではありますが、やはり「化学物質等」と等か何かが入っていないとどうなのかなということで、意味があって化学物質だけに限定したのかという質問が1つです。

あともう1つ、現場で、これはここで公表を徹底すべきであるというのは高邁でいいと思うのですが、議事録に書く必要は全然ないのですが、実際の現場でとても困るのは、本人の了解といますか、事故を起こした本人、あるいは保護者の了承が得られず、実際に提供するまでに時間がかかるという場合がある。そうすると、結果的には遅くなる。そういうことがあって、公表というものについては、そういう部分もあるんですよというように、ちょっとお話ししておきたいと思いました。

佐野委員 製品ワーキンググループの論点整理の位置づけですけれども、もともと安全委員会の論点整理があって、このワーキンググループのものがその後につくのか。今、私がすごく気になっているのが、事故情報の公表のあり方はなぜこの3行で終わってしまうのかという点です。消費者にとって公表というのが一番大切なところであって、未然防止といっても、情報が私たちに伝わらなければ何の役にも立たない。その部分がこの3行で終わってしまうのか。全体の部分と、このワーキンググループ、それぞれほかのワーキンググループとどうやって整理をしていくのかというのがよく見えません。

それから、順番としたら、やはり製品の中でも安全基準のあり方が先にきて、それから特に子どもや高齢者となるのではないかというような気がしているのですが、その辺はどういうふうな整理づけをなさるのかというのがよく見えないので教えていただきたいのですが。

古田主査 事務局から。さっきの化学物質のことについても何か答えがありましたら。

野村消費者安全課長 佐野委員の御指摘、あるいは鶴岡委員、越山委員の御指摘も共通性があるかと思いますが、親委員会の方の全体の柱立てがなしに、こちらの方をお目通しいただくのが先になってしまっておりますものですから、軽重がこれでいいのかどうかというも申しわけないお諮りの仕方になって申しわけございませんが、事故情報の収集・分析・発信を一元的にやっていくんだというのは大きいテーマとして親会の方でも繰り返し御議論いただいておりますので、これは全体の取りまとめの中で大きな柱として1つ当然立てなければいけないというふうに思っております。その中の安全基準への反映のさせ方という部分のみが記述をされておりますので、そこは「等」ぐらいは入れたらと控えめにコメントをいただいたのですけれども、そもそも安全・安心につなげていくために、一元的に集約した情報を使っていくんだということは本体の方でも扱いますけれども、そ

ことの整合性がとれるように記述としてはさせていただければと思っております。

あるいは、「その他」というところに事故情報の一元化のところを記述してございますが、これも前回のワーキングで、厚生労働省さん、経済産業省さんからヒアリングをさせていただいた際の、特に医療機関からの事故情報の扱いについてやりとりをいただいたことを確認的に記載をさせていただいてございますけれども、事故情報の一元化のテーマを、「その他」の1つの節におとしめるという意図で記載しているわけではございませんけれども、全体像については、次回の親会の際に、全体像の柱立てを御覧いただきながら、それとの整合性で御確認いただければというふうに思っておりますが、その説明が最初になくて申しわけございません。

あと、化学物質に関するという「その他」のところに関しましても、これも前回、厚生労働省さんから有害物質含有法の御説明の中でこういうことのやりとりをしていただいたことを確認的に記載させていただいてございますけれども、取りまとめの中で、わざわざ「化学物質に関しては」というふうに限定をしなければいけないということではないと思しますので、そこは表現を改めさせていただければと思っております。

古田主査 これは私の理解では、親会の全体の論点整理があって、それに対して製品安全に特に関連した論点を重点的に我々が議論する、そういうスタンスでよろしいですね。

野村消費者安全課長 はい、そういうことでございます。

古田主査 そうすると、事故情報の収集ですとか、リスクコミュニケーションなどは、どちらかという親会がメインになるような感じだと思うのですが。

野村消費者安全課長 ええ。分野共通的なテーマというものは親会の方で既に御議論もいただいておりますし、また改めて御議論いただく機会はあると思います。

古田主査 そういうことですので、別に事故情報の収集はこれっぽっちしか扱わないと、そういう意図では全くないということでございますので。

ほかに。廣瀬委員。

廣瀬委員 「安全基準のあり方」、「等」を入れるのかもしれませんが、そのためにということで、体制というのがでありますけれども、その体制については、多角的、総合的な分析を加えることができるものということですが、この「体制」という言葉がちょっとわかりにくいのですが。また、事故その他について、我々も遅れているとはいえ横断的に、法学という領域で一生懸命やっているつもりではいるのですが、事故後の製造物責任はもちろん、事前のリコール等の制度その他もありますし。行政を含めた、安全のための制度的な部分はわが国では法学が扱ってきています。訴訟中心の法学が主流のアメリカとはこの点に違いがあります。ここの関連分野の専門家というときの関連分野の決め方についてもちょっと御説明いただければと思います。

野村消費者安全課長 「体制」という言葉は、先ほども前半の方のセッションで、附属の研究施設みたいなものが必要ではないかというような御指摘もございましたけれども、消費者庁の内部にどういう体制をとるか。あるいは外部とのネットワークのような体制、

ネットワークをつくるというような手法、あるいは専門の附属機関みたいなものを新設する。幾つかの考え方、オプションがあり得るかなということ、ここでは言葉が適切かどうかはございますが、「体制」という言葉をそういう意味合いで使わせていただいております。

関連分野に関しましては、これで必要十分かどうかというところを、被害の態様、被害に遭っている被害者の状態を見られる方として、まずは医学があるのかなというふうに思っております。それから、その原因となった製品の方を見ていく手法として、衛生学、化学、工学といったもの。あと、その両方のミクスチャーという意味で、社会科学、人文科学系の分野があるのではないかというふうに理解をしてございまして、その主だったもの、これはC P S Cの仕組みなどを参考にして、主だったものとして書かせていただいておりますが、3番目のカテゴリーとして法学が入らないかということも含めまして、もう一度精査をさせていただきたいと思っております。

古田主査 よろしいでしょうか。ほかにございますでしょうか。

佐野委員 消費者安全に関する検討委員会では、十分な配慮が必要となる人として、子ども、高齢者、障害者、妊産婦が出ていますが、ここでは子ども、高齢者しか扱っていません。そのほかはどういう扱いになるのでしょうか。障害者なども特に製品に関しては特別な注意が必要だし、それは、ここではもう扱わないのでしょうか。この回は今回で終わりですね。

野村消費者安全課長 そうです。

古田主査 この後、来年度以降はどういうあれになっていますか。親会も含めて。

岡田国民生活審議官 最終的には、親会としての報告書をどうまとめていただくかということが最終的な成果物ではないかと思っております。今、3つのワーキングに分けてやっているのは、非常に一般論的に消費者安全という議論をしてもわかりづらい面があるだろうということで、個別の製品とか食品というふうに分けて行って、そこでいろいろな方に聞き取りをしていただくという作業を通じて、具体性にもう少し踏み込んだ形で各ワーキングで御議論いただいているという整理じゃないかと思うんです。ですから、そこでいろいろと御議論いただいたものをワーキングとしてまとめて、それを親会に持って行っていただいて、親会では、それぞれ全部のメンバーの方にワーキングに出していただいておりますので、製品ワーキングではこうだったということを御報告いただく。それを皆さんお互いに共有していただいて、最終的な報告をまとめていただくということじゃないかと思っております。ただ、全体の検討委員会の報告をまとめる際に、やはり製品とか食品によってそれぞれの特徴みたいなものがあれば、そこはそれなりにここでの成果を盛り込んでもらうというようなことではないかと思っております。これは今日はやりませんが、今日御参加いただいている皆さんは検討委員会のメンバーですので、そちらの方の最終的な成果物にここでの議論をより深めていくということで御議論いただければいいんじゃないかと思うんです。ここら辺は、先ほど障害者とか妊産婦が落ちているんじゃないかというような、今日

御指摘いただいたところは、これをきちんと修正した上でまた御報告をして、それぞれのワーキングで御報告いただいたものをもう一度全体を通して見ていただくというような形で検討委員会の報告書をまとめていただくということで御理解いただければいいんじゃないかと思います。

佐野委員 例えば障害者の場合などは、共用品推進機構で本当にどういう事故が起きているのか調査したり、予防原則でいろいろな工夫がされています。シャンプーとか、牛乳の切り込みとか、そういうことも非常に大事だと思うのですが、そういうことも今後、消費者庁として未然防止のためにもっと研究していくとか、ほかの省庁でやっているものを活用するとか、何かそういうことをここにもきちんと入れていただけたら、もっと製品に対する事故の対応としては幅が出て、いいのではないかと思います。

古田主査 確かに、身障者とか、そういう生活弱者はいろいろな方がおられるわけですが、今日はその中でも子どもと高齢者の方という 이슈 でヒアリングさせていただいたのですが、全部の 이슈 について一回一回詳しくというのもあるんですけども、今年度の時間の制限というのがありますので、そういういろいろな論点で御意見をとにかく取りまとめていただいて、それで親会の論点整理の方に、特にたぶん生活弱者は製品が一番関与が深いと思いますので、そういう意味で、我々のワーキングからそういう論点を親委員会に投げていく。そういう形で反映させていただきたいと思いますけれども、それで御了解いただけますでしょうか。

佐野委員 はい。

古田主査 そうしましたら、今日まだたくさん御意見があるとは思いますが、予定の時間になってしまいましたので、今日言い足りなかったところとか、あと、これから親会への報告のフェーズになるのですが、そのときに盛り込むべき論点、そういうのがございましたらまた御意見をいただいてよろしいですね。

野村消費者安全課長 はい。

古田主査 それで、今後ですけれども、3月12日に第8回の消費者安全に関する検討委員会が開催されますけれども、そこに、これまでの議論を報告させていただいて、それで、親会の方の論点整理という予定になってございます。今日いただいた御意見、それから、もしお寄せいただければ、お寄せいただいた御意見、そういうのも全部踏まえまして、事務局と私の方で少し整理をさせていただいて、親会へ報告する内容の案をつくらせていただきたいと思います。それを御確認いただいて、そこで3月12日に臨みたいと思いますけれども、それでいかがでしょうか。そういう形でまとめさせていただいてよろしいでしょうか。

(「はい」と声あり)

古田主査 それでは、そのように進めさせていただきたいと思います。

それでは、本日御用意いただいた議題は以上でございますが、何か事務局の方から。よろしいですか。

では、御意見をいただく締切というか、それはタイムスケジュールもあるでしょうから
言っていただいて。

野村消費者安全課長 お差し支えなければ、来週いっぱいぐらいでいただければと思
います。

古田主査 それでは、御意見がある場合には来週いっぱいぐらいにメール等で事務局の
方までお寄せいただければと思います。

では、特にございませんようでしたら、これで本日のワーキンググループを終わらせて
いただきたいと思います。どうもありがとうございました。